_____
_____
_____
(найменування структурного підрозділу,
на який покладено функції з питань ветеранської політики,
районної, районної у мм. Києві та Севастополі держадміністрації,
виконавчого органу міської, районної у місті ради)

_____
_____
(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) заявника)

_____
(дата народження)

_____
(реєстраційний номер облікової картки платника податків)

_____
_____
(адреса задекларованого/зареєстрованого місця проживання
(перебування))

_____
_____
(адреса фактичного місця проживання (для внутрішньо
переміщених осіб))

_____
(номер телефону та адреса електронної пошти)

_____
(серія та/або номер посвідчення)

Заява

Прошу продовжити мені (моїй дитині)
_____
(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності), дата народження)

строк дії посвідчення члена сім'ї загиблого / члена сім'ї загиблого Захисника чи Захисниці України, серія _____ № _____ від _____
_____

Посвідчення бажаю отримати (зазначити необхідне):
☐ за місцем оформлення посвідчення _____
(повне найменування та місцезнаходження
_____;
структурного підрозділу, на який покладено функції з питань ветеранської політики, районної, районної у мм. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу міської, районної у місті ради)

☐ у центрі надання адміністративних послуг _____
(повне найменування та місцезнаходження)
_____.

_____ _____

(дата) (підпис)